

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 58

SUR UN CAS

D'OCCCLUSION INTESTINALE

PAR DIVERTICULE DE MECKEL

THESE

Presentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mars 1921

PAR

Albert ESCALIÉ

Né à Gransac (Aveyron), le 31 Janvier 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GILIS, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921

SUR UN CAS
D'OCCLUSION INTESTINALE
PAR DIVERTICULE DE MECKEL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 58

SUR UN CAS

D'OCCLUSION INTESTINALE

PAR DIVERTICULE DE MECKEL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mars 1921

PAR

Albert ESCALIÉ

Né à Gransac (Aveyron), le 31 Janvier 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *président*.
GILIS, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé. }

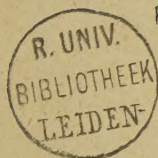
Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.	Accouchements	LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Histoire natur.	DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.		GALAVIELLE
Histologie	DELMAS (J.)	Chimie	CABANNES.
	GRYNFELT	Physique	MESTREZAT
			PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *président*.
GILIS professeur.

MM. RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE VICTOR LE SOURD

*Le beau-père que je regrette ne pas
avoir connu.*

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qu'ils reçoivent ici l'hommage de
ma tendresse filiale et de ma
profonde reconnaissance.*

A MON BEAU-FRÈRE ET MA BELLE-SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Tombés au Champ d'honneur

A. ESCALIÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RICHE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ ETIENNE

A. ESCALIÉ.

SUR UN CAS

D'OCCLUSION INTESTINALE

PAR DIVERTICULE DE MECKEL

INTRODUCTION

Nous devons à M. le professeur agrégé Etienne l'observation qui fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Cette observation est la relation d'un accident de plus, dû à la persistance anormale du canal vitellin ou des vaisseaux omphalo mésentériques, laquelle peut se révéler par des accidents aussi soudains que graves.

Ce n'est pas à l'étude de cette anomalie que nous avons voulu nous attacher dans notre ouvrage persuadé qu'on ne peut rien ajouter à ce qu'ont écrit sur ce sujet MM. les professeurs Forgue et Riche dans la magistrale étude anatomique qu'ils ont faite du diverticule de Meckel (1).

(1) Forgue et Riche. — *Montpellier Médical*, 1908 — « Le diverticule de Meckel », O. Doin, éditeur, 1907.

Il nous a paru intéressant d'étudier cette observation, tant au point de vue anatomo-clinique, qu'au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique employée; c'est ce qui fait l'objet de notre travail.

PAR DIVERTECULE DE MECKEL

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant d'étudier cette observation, tant au point de vue anatomo-clinique, qu'au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique employée; c'est ce qui fait l'objet de notre travail.

(1) Fournier et Richet. — Montpellier Médical, 1908. — Le diverticule de Meckel. — O. Doin, éditeur, 1907.

OBSERVATION

X..., 29 ans, sans prodrome aucun, est pris, le lundi 27 décembre 1920, à 7 heures, d'une douleur abdominale très supportable, à localisation sous ombilicale.

La veille, au soir, le malade a fait un repas plantureux.

Depuis l'apparition de la douleur abdominale, le malade a de l'anorexie et accuse un état nauséux qui lui fait accepter une diète complète. Au cours de la journée, la douleur abdominale devient assez violente et s'accompagne de l'arrêt complet des matières et des gaz.

La douleur et les malaises généraux empêchent tout sommeil dans la nuit du lundi au mardi.

Mardi 28 décembre. — Les mêmes phénomènes persistent, allant même en s'accroissant. Apparition de vomissements incoercibles à caractères aqueux, nullement fécaloïdes ; le malade ne rejette que ce qu'il tente d'absorber. La nuit du mardi au mercredi est plus mauvaise que la précédente.

Mercredi 29 décembre. — Devant l'inefficacité de la thérapeutique employée, laquelle n'a pu être précisée, le malade est envoyé à Montpellier ; un lavement électrique devant, aux yeux du malade et de la famille, rétablir le cours normal des matières, évitant ainsi une opération.

Le lavement est donné à 17 heures ; il est très doulou-

reux, mais provoque l'expulsion d'un gaz sonore, odorant et de quelques matières.

M. le professeur agrégé Etienne est appelé auprès du malade, immédiatement après le lavement électrique. A ce moment, l'état général du malade est assez satisfaisant : faciès bon, langue humide, pouls à 90 et bien frappé, nausées et vomissement à la moindre ingestion. Le malade accuse une douleur spontanée et modérée, abdominale, médiane et à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic.

L'inspection ne montre pas de distension abdominale.

A la palpation, on constate que le ventre est assez souple et dans la zone sous-ombilicale on décèle une douleur supportable et relativement fixe ; on ne réveille pas de contracture de défense, ce qui permet d'avoir la sensation d'une tuméfaction profonde.

La percussion révèle de la matité dans les flancs, sur le trajet du gros intestin ; cette matité n'est pas modifiée par les déplacements du malade.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

Les mictions sont normales.

L'examen de l'appareil respiratoire décèle une pleurite ancienne de la base gauche et des lésions indiscutables du sommet gauche, très vraisemblablement de nature bacillaire.

Le malade avait présenté, en 1912, une constipation opiniâtre qui avait duré neuf jours.

Devant ce tableau clinique, il est posé le diagnostic : « Occlusion intestinale, portant sur la partie terminale de l'intestin grêle, probablement due à des lésions péritonéales bacillaires, avec adhérences. »

L'hypothèse d'un diverticule de Meckel ne fut nullement envisagée.

Les résultats immédiats du lavement électrique (gaz sonore et odorant, expulsion de matières), la notion d'une constipation tenace antérieure et la certitude ancrée dans l'entourage du malade que tout serait remis en état par le traitement qui venait d'être fait, firent différer l'intervention de quelques heures.

Dans les heures qui suivent, le tableau s'aggrave : facies péritonéal, ballonnement du ventre, pouls filant, vomissements fécaloïdes.

L'intervention est alors acceptée.

Rachi-anesthésie à la syncaïne.

La laparotomie médiane sous ombilicale donne issue, sitôt le péritoine ouvert, à un liquide abondant, séreux, clair, légèrement teinté de jaune. L'appendice et le cœcum sont normaux ; mais sur la partie terminale de l'intestin grêle on découvre un diverticule de Meckel, enflammé, ayant des adhérences mésentériques, de telle sorte qu'à 1 centimètre en amont de l'implantation du diverticule on observe une striction complète de l'intestin grêle par une adhérence.

Toutes les anses grêles, au-dessus de la striction, sont légèrement distendues, mais présentent une congestion intense ; signe de péritonite diffuse.

Section des adhérences entre deux pinces — Résection du diverticule et enfouissement du moignon, ainsi que du sillon de striction de l'intestin grêle. — Assèchement du péritoine. — Lavage à l'éther — Suture de la paroi, après drainage.

Le malade est mis dans son lit en position de Fowler et reçoit la thérapeutique de la septicémie péritonéale. Sérum artificiel. — Huile camphrée. — Strychnine, etc. (thérapeutique déjà mise en œuvre avant l'opération). Il lui est administré aussi un lavage stomacal à l'eau bicarbonatée.

Il se dessine une amélioration sensible. — Facies meilleur. — Arrêt des vomissements. — Diminution de la fréquence du pouls, qui devient bien frappé, quoique se maintenant encore à 120.

Jeudi 30 décembre. — A 16 heures, brusquement l'état s'aggrave et le malade meurt le vendredi à 4 heures.

L'examen anatomo-pathologique montre un diverticule de 5 centimètres de long, implanté par un pédicule large. La partie basale a 2 centimètres de long, est de la grosseur du petit doigt; la partie distale est moitié moins grosse.

La double adhérence enserrant l'intestin grêle s'inserrait à 1 centimètre du sommet.

Le diverticule bosselé présente à sa partie moyenne une zone inflammatoire à tendance nécrotique.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Notre observation n'apporte certainement aucun fait important à l'histoire des occlusions intestinales par diverticule de Meckel ; néanmoins, vu la rareté relative de pareil fait et des lésions l'ayant produit, nous avons pensé que le cas méritait d'être signalé.

Si nous avons à classer notre cas d'occlusion, nous en rapportant à la division classique établie par Peyrot (1) et admise par MM. les professeurs Forgue et Riche : Occlusions par :

- 1^o) Vices de position.
- 2^o) Compression.
- 3^o) Obstruction.
- 4^o) Rétrécissement.

nous en ferions un cas d'occlusion par compression ou par rétrécissement, mais là n'est pas le but de notre travail.

Dans notre observation la cause de l'occlusion est unique, mais il a été rapporté, assez rarement il est vrai, des cas d'occlusion à causes multiples.

L'occlusion par diverticule est surtout une affection de la jeunesse, Hilgenreiner, sur 137 cas observés, ne signale que 13 cas d'occlusion chez des malades de 40 à 50 ans ;

(1) : Thèse d'agrégation, Paris 1880.

MM. les professeurs Forgue et Riche sur 243 cas observés, ne signalent que 17 cas, de ce même processus pathologique, entre les mêmes limites d'âge. Si pour notre malade, l'âge ne nous permet pas de l'admettre dans ces mêmes limites, nous pouvons tout de même remarquer, qu'il se rapproche plus de cette catégorie que de l'extrême jeunesse.

Dans la majorité des cas, le tableau clinique de l'occlusion est celui de l'occlusion aiguë. Dans notre observation les symptômes ont été très atténués au début, et on peut dire qu'il s'agit ici d'une occlusion subaiguë :

Le premier jour, douleur supportable, anorexie, état nauséeux mis sur le compte du repas plantureux de la veille.

Deuxième jour, légère accentuation de l'état gastro-intestinal.

Ce n'est que le troisième jour, devant la persistance de cet état, qui malgré tout était assez satisfaisant : facies bon, langue humide, pouls bien frappé à 90, que le malade vient à Montpellier. Ce n'est donc pas le tableau tragique de l'occlusion aiguë, malgré l'arrêt complet — dès les premières heures — des matières et des gaz.

En présence de cet état péritonéal progressif, on peut donc se demander : s'il ne pourrait y avoir un rapport de cause à effet, entre l'occlusion constatée et une poussée de diverticulite ancienne ; si la constipation opiniâtre qu'a présenté notre malade en 1912, n'a pas été le point de départ d'une diverticulite chronique passée inaperçue, mais ayant créé les adhérences diverticulo-mésentériques aboutissant à un véritable étranglement ou rétrécissement inflammatoire de l'intestin. C'est par ce mécanisme

que Michel et Driout (1) expliquent le mécanisme de l'occlusion dans leur observation ; il en est de même pour les observations de Bienvenue (2). Nul doute que dans notre cas, la diverticulite n'ait joué le même rôle.

Si on admet cette diverticulite primitive, la péritonite concomittante a la même étiologie que la péritonite appendiculaire. Elle peut rester localisée et former un gâteau d'inflammation péri-diverticulaire qui crée les adhérences qui amèneront un jour l'occlusion aiguë au subaiguë. Elle peut se généraliser donnant alors la péritonite diffuse dont le tableau clinique s'ajoute à celui de l'occlusion. La présence de liquide abondant, séreux, légèrement jaunâtre, dans le péritoine et la congestion intense de toutes les anses grêles légèrement distendues, sont les signes de cette péritonite constatée au cours de l'intervention.

Malgré cette généralisation du processus inflammatoire, l'état général est resté excellent jusqu'au soir du 3^{me} jour. A ce moment, les défenses de l'organisme sont devenues insuffisantes et le tableau clinique s'est subitement aggravé. L'intervention est alors bien trop tardive et malgré un état général assez satisfaisant, le pronostic ne peut être que réservé.

(1) Michel et Driout, *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} décembre 1908, p. 742.

(2) Bienvenue · Société anatomique de Paris, janvier 1912.

ETUDE DU DIAGNOSTIC

Nous pensons que, dans notre cas, il y avait lieu de faire le diagnostic différentiel entre :

1° La coprémie, dont l'antécédent de la constipation opiniâtre de 1912, la matité des flancs, à la percussion, sur le trajet du gros intestin, matité non influencée par les déplacements du malade, et le résultat du lavement électrique, étaient les principaux arguments, avec la douleur légère.

2° L'appendicite, en faveur de laquelle on pouvait invoquer la douleur, spontanée et provoquée, malgré sa localisation différente du point de Mac-Burney ; l'absence de ballonnement du ventre et de contractions péristaltiques visibles.

3° De plus les signes sthétoscopiques de lésions bacillaires du poumon gauche, permettaient de penser à une localisation intestinale ou péritonéale de cette affection.

4° L'occlusion intestinale dont le diagnostic s'imposait : par l'arrêt complet des matières et des gaz, symptôme primordial qui n'existe jamais d'une façon aussi absolue dans l'appendicite ou la péritonite ; ainsi que par les vomissements incoercibles. Le siège de l'occlusion était déterminé par le point douloureux sous-ombilical, constant et fixe ainsi que par la sensation de tuméfaction profonde.

Donc, dans le diagnostic « occlusion intestinale, portant sur la partie terminale de l'intestin grêle, probablement due à des lésions péritonéales bacillaires, avec adhérences », l'occlusion seule était une certitude. Quant au diagnostic exact de la cause de l'occlusion, l'opération seule pouvait le faire établir,

Nous pensons qu'il eut été présomptueux de vouloir attribuer la cause de l'occlusion, à un diverticule de Meckel, quoiqu'on doive toujours en prévoir la possibilité, lorsqu'on se trouve en présence d'une occlusion intestinale. A ce sujet, sans vouloir mettre en doute la sincérité de l'auteur, il nous est bien permis d'être un peu surpris, de l'affirmative du diagnostic de la cause de l'occlusion, dans l'observation de Buchanan (1).

(1) Buchanan — American Journal of Surgery (New York) N° 9, septembre 1913.

ÉTUDE DE LA THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique employée dans notre cas particulier, est un des faits qui ont contribué le plus à la publicité que nous donnons à notre observation.

Nous ne parlerons pas de tout ce qui a été fait avant l'arrivée du malade à Montpellier ; cette thérapeutique n'a pu être exactement précisée, mais nous ne préjurerons de rien en disant que purgatifs et lavements ont été employés et que c'est devant leur inefficacité qu'on a eu recours au lavement électrique.

Que pourrons nous dire de plus, à propos du lavement électrique, quand nous aurons dit que, si c'est un traitement qui peut donner de bon résultats, dans les cas de pseudo étranglements par atonie ou paralysie intestinale ; il devient un vrai désastre dans les cas d'occlusion vraie et absolue.

Les dangers d'une telle thérapeutique sont faciles à concevoir.

Le lavement électrique donne le maximum d'énergie aux contractions péristaltiques, qui, dans le cas d'occlusion vraie, essayent vainement de faire franchir l'obstacle aux matières. Il résulte de ses efforts musculaires stériles, un mécanisme de contusion de la portion intestinale oblitérée. Cette contusion est l'éventualité la plus heureuse, eu égard à la perforation ou déchirure soudaine,

toujours possible, sous l'action énergique des contractions péristaltiques.

L'opium ou la morphine, administrés dans les cas de péritonite, ont pour but l'immobilisation de l'intestin, pour permettre la formation d'adhérences pouvant localiser le processus inflammatoire. Donc, le résultat du lavement est tout juste l'opposé du but qui doit être poursuivi.

Dans quelques cas, la perforation n'est plus le fait des contractions péristaltiques exagérées de la portion obli-térée de l'intestin grêle, mais celui de l'électrode rectale.

Admettons que le lavement électrique n'ait pas occasionné de perforation, ni du bout supérieur, ni du bout inférieur de l'intestin, ni d'aggravation de l'état général et que l'intestin ait été libéré par une intervention. Des accidents tardifs peuvent néanmoins se manifester. La muqueuse du gros intestin, décapée et plus ou moins irritée par le lavement électrique, sera le siège d'une énorme résorption de toxines et de microbes ; cela ne peut que contribuer à aggraver l'état général. Cette toxémie et le shock opératoire accélèrent la marche vers une issue trop souvent fatale. Peut-être le fait s'est-il produit dans l'observation que nous publions, puisque après plusieurs heures d'amélioration post-opératoire très nette, brusquement l'état général s'est aggravé.

Là ne s'arrêtent pas les inconvénients, dans le cas d'occlusion intestinale, de toute thérapeutique autre que l'intervention. Le reproche le plus grave que l'on puisse formuler et qui est capital à notre avis, c'est que toute cette thérapeutique fait perdre du temps et un temps précieux, car comme le dit notre maître, M. le professeur Forgue, dans son *Précis de Pathologie externe* : « Le facteur dominant du succès, c'est la précocité de

l'intervention ; ce n'est pas par jour, c'est par heures qu'il faut ici compter. »

Il est certain que, dans l'observation que nous rapportons, le lavement électrique, tant par ses effets directs, que par le retard qu'il a contribué à apporter à l'acte opératoire, a eu un résultat des plus fâcheux.

CONCLUSIONS

De notre travail, il appert, et cela confirme les règles déjà établies :

1° Que le diagnostic d'occlusion intestinale, qu'elle qu'en soit l'étiologie ou la pathogénie, doit être aussi précoce que possible ;

2° Qu'il faut s'abstenir de toute médication et manœuvre, qui n'ont qu'un résultat : diminuer les chances de guérison du malade, en aggravant l'état général et retardant l'intervention ;

3° Que la laparotomie exploratrice, suivie de l'opération appropriée, est la seule chance de salut.

RÉSUMÉ DE QUELQUES OBSERVATIONS D'OCCCLUSION INTESTINALE PAR DIVERTICULE DE MECKEL

OBSERVATION I

H. Fielitz (Diverticule de Meckel persistant). Communication à la Société de Médecine de Halle-sur-Saale. Novembre 1908.

Jeune fille, 20 ans, trois crises de typhite dans ses antécédents. Obstruction intestinale datant de huit jours. Ni gaz, ni matières depuis trois jours. Diagnostic, péritonite appendiculaire. Intervention : Cœcum et appendice indemnes. Coudure brusque de l'intestin grêle par traction occasionnée par un diverticule de Meckel gangréneux, sans perforation, fixé à la paroi postérieure du petit bassin par des adhérences. Résection de la partie de l'intestin correspondant à l'insertion du diverticule. Bouts oblitérés. Anastomose latéro-latérale.

Diverticule 18 cm. de long, 3 cm. de diamètre, libre, sans méso.

OBSERVATION II

(P. Lecène. Société anatomique de Paris)

Jeune homme, 16 ans. Crise diagnostiquée appendicite deux ans auparavant. Symptômes d'occlusion intestinale aiguë. Intervention. Diverticule de Meckel inséré à l'om-

bilic, fixé à l'intestin grêle le coudant à 30 cm. du cœcum. Adhérences, traces de la crise intérieure. Pas de diverticulite, occlusion mécanique.

OBSERVATION III

J. J. Buchanan. Un cas d'occlusion intestinale aiguë par diverticule de Meckel, diagnostiquée avant l'opération. *American Journal of Surgery*, t. XXVII, n° 9. Septembre 1913, p. 347-348.

Jeune homme, 20 ans. En août 1909, 1910, 1911, crises de coliques avec vomissements. Septembre 1911, l'état s'aggrave. B. diagnostique une occlusion, par diverticule de Meckel, par élimination. Rien dans les antécédents ne fait penser à une appendicite, ni à une affection à réaction péritonéale. Age du malade, l'absence de selles sanguinolentes, pas de tumeur abdominale, en boudin, ni dans le rectum, fait écarter le diagnostic d'intussusception. Malade trop jeune pour un volvulus. Pas d'anamnestiques pour une cholélithiase. Occlusion par tumeur maligne, rejetée à cause de l'âge du malade et pas d'alternatives de constipation et de diarrhée. B. en arrive à poser le diagnostic d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

Intervention : Diverticule de Meckel, du volume et de la dimension de l'index, s'étendant du bord libre de l'intestin à l'orifice interne de l'ombilic. Intestin étranglé par traction. Diverticulectomie. Résection cunéiforme de la partie retrécie de l'intestin.

Guérison, après avoir présenté un état toxémique grave.

OBSERVATION IV

Kirmisson (Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. *Bulletin Médical*, 1909, n° 39).

Petite fille 2 ans 1/2. Symptômes occlusion intestinale aiguë. Intervention : Diverticule de Meckel de couleur sphacélique, enserrant deux anses grêles. Mort. Diverticule seul sphacélé.

OBSERVATION V

Gross et Henilly. *Revue médicale de l'Est*, 1910, n° 13

Homme 45 ans. Coliques, absence de selles depuis quarante huit heures. Facies bon. Ni vomissements ni hoquet. Diagnostic d'occlusion est fait. Intervention : il s'écoule du péritoine un liquide séreux, citrin, sans odeur. Anses grêles rouges et distendues. L'intestin grêle présente des brides épiploïques, une torsion, et une sorte de nœud occasionné par un diverticule de Meckel ayant des adhérences mésentériques. Mort par affection pulmonaire intercurrente.

OBSERVATION VI

(Labey. Société anatomique de Paris, janvier 1910)

L... 68 ans. Pas d'antécédent abdominal. Le 24 décembre 1909, symptômes d'occlusion aiguë. Intervention le 25. Il s'écoule du péritoine une grande quantité de

sérosité sanglante à odeur légèrement fétide. Intestin étranglé par une sorte de bride terminée en battant de cloche reconnue pour diverticule de Meckel. Mort.

OBSERVATION VII

Bienvenue. Société anatomique de Paris, janvier 1912).

F.... Gabrielle, 9 ans 1/2. Il y a quinze mois a présenté une crise diagnostiquée appendicite. Ce même diagnostic est encore fait à son entrée à l'hôpital. Intervention : Cœcum et appendice indemnes. Diverticule de Meckel ulcéré. L'occlusion ne semble pas due à un étranglement vrai, mais à un ensemble complexe de coutures et de torsion des anses grêles dues aux fausses membranes.

OBSERVATION VIII

Michel et Bonnal. *Marseille Médical*, Mai 1914.

Homme 28 ans, coiffeur. Rien dans les antécédents. Présente, le 1^{er} décembre 1913, des coliques et l'arrêt complet des matières et des gaz. A eu une diarrhée abondante 8 jours auparavant. Lavement, pas d'intervention.

12 *Décembre*. — Aggravation de l'état général. Opération refusée, le lendemain selle abondante, amélioration. Alternatives d'aggravation et d'amélioration. Opération toujours refusée.

18 *Décembre*. — Douleur violente, sensation d'étouffement, vomissements fécaloïdes, mort dans le collapsus.

Autopsie : Péritonite généralisée. Diverticule de Meckel long et grêle, fixé à l'intestin par ses deux extrémités, formant ainsi un anneau dans lequel s'est étranglée une anse grêle.

BIBLIOGRAPHIE

- ARDOUIN. — *Archives provinciales de chirurgie*, n° 7, juillet 1911. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- ASHURST. — *Académie de chirurgie de Philadelphie*, 4 octobre 1909. Hernie intrapéritonéale de l'iléon à travers un orifice du mésentère, diverticule de Meckel adhérent.
- BARATYNSKI. — *Chirurgia*, A. XXVI, n° 152, août 1909. De l'occlusion intestinale par suite de l'étranglement d'une anse intestinale par le tractus mésentérique d'un diverticule de Meckel.
- BARNETT (Eustace). — *Annales of Surgery* (New-York), t. LVII, n° 1, janvier 1913. Ileus due to Meckel's Diverticulum.
- BARONI. — *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* (Milan), t. XXXV, n° 23, 23 février 1914, Occlusion intestinale da diverticolo di Meckel.
- BIEN. — *Wiener medizinische Wochenschrift* (Vienne), t. LXIII, n° 13, 22 mars 1913. Über einen Fall von Ileus hervorgerufen durch Obliteration eines Meckel'schen Divertikels.
- BIENVENUE. — *Société anatomique de Paris*, 19 janvier 1912. Remarques sur deux cas de diverticulite avec occlusion intestinale par diverticule.

- BOUSQUET. — *Société de chirurgie de Paris*, 29 avril 1914.
Obstruction intestinale aiguë par diverticule de Meckel.
- BRAU TAPIE. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. XXXIII, n° 37, 15 septembre 1912. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel adhérent, chez un enfant de deux ans.
- BUCHANAN. — *American Journal of Surgery* (New-York), t. XXVII, n° 9, septembre 1913. A case of acute intestinal obstruction from Meckel's Diverticulum.
- BURMAN. — *Surgery Gynecology and obstetrics*, n° 4, octobre 1911. A note on Meckel's Diverticulum with a series of cases of acute intestinal obstructions due to it.
- CAIRD. — *Société médico chirurgicale d'Edimbourg*, 1908.
Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- CARNELLI. — *Policlinico (Sezione pratica)*, Rome, t. XX, n° 48, 30 novembre 1918. Un caso di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.
- COENON. — *Beitrag zur Klinischen chirurgie*, 2 décembre 1909. Ein Meckel'schen Divertikel mit Darmstenose und Ventilverschluss.
- COLSON. — *Journal de Chirurgie* (Bruxelles), t. XIV, n° 3, mars 1913. Occlusion intestinale par un diverticule de Meckel.
- COTTERIL. — *Société médico chirurgicale d'Edimbourg*, 16 décembre 1908. Résection intestinale pour gangrène causée par un diverticule de Meckel.
- DE CRAENE. — *Journal Médical de Bruxelles*, n° 4, 27 janvier 1910. Obstruction intestinale par diverticule de Meckel.

- DEMMER. — *Société impérial royale des médecins de Vienne*, 15 décembre 1911. Occlusion intestinale causée par le diverticule de Meckel et des adhérences péritonéales.
- DUCHAMP. — *Société des Sciences médicales de St-Etienne*, 10 octobre 1912. Etranglement interne par diverticule de Meckel.
- EISENDRATH. — *Société de Chicago*, 5 novembre 1909. Occlusion par diverticule de Meckel.
- EWING. — *The Journal of the American Medical Association*, 1908. t. LI, 28 novembre. Inflammation of Meckel's Diverticulum simulating appendicitis.
- FAYOLLET. — Contribution à l'étude des gangrènes du diverticule de Meckel. *Thèse de Paris*, juin 1909.
- FIELTIZ. — *Société des Médecins de Halbe-sur-Saale*, 11 novembre 1908. Diverticule de Meckel. prise pour une appendicite.
- FINSTERER. — *Société des Médecins de Styrie*, 22 janvier 1910. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- FORGUE et RICHE. — *Montpellier Médical*, 1908. Le diverticule de Meckel. étude anatomique.
- FRICHBERG. — *Chirurgischeskej Archiv Veliaminova* (St Petersburg), t. XXVIII, n° 6, 1912. Iléus causé par diverticule de Meckel.
- GABELE. — *Munchener medizinische Wochenschrift*, 1908, n° 23, 9 juin. Zur Kasuistik der Entzündung des Meckelschen Divertikels.
- GELPE. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, octobre 1909.
- GROSS et HEUILLY. — *Société Médicale de Nancy*, 27 avril 1910. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

- GROSS et HEUILLY. — *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} juillet 1910.
- GUILANO. — *La Clinica Chirurgica*, 1908, t. XVI, n° 11, 30 novembre. Occlusion intestinale da diverticolo di Meckel.
- HOOE. — *Société de Chirurgie de Washington*, 16 juin 1911. Obstruction causée par le diverticule de Meckel.
- JACOB et PICQUÉ. — *Société de Chirurgie de Paris*, 8 décembre 1909. Occlusion intestinale subaiguë par diverticule de Meckel.
- KIRMISSON. — *Le Bulletin Médical*, t. XXIII, n° 39, 19 mai 1909. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- LABEY. — *Société Anatomique de Paris*, 12 janvier 1912. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- LAMBERT. — *Australian Medical Journal* (Melbourne), t. 1, n° 73. 7 décembre 1912. Intestinal obstruction by Meckel's Diverticulum.
- LAUYOT. — *Journal Médical de Bruxelles*, n° 8, 24 février 1910. Un cas d'obstruction intestinale par diverticule de Meckel chez un malade atteint de fièvre typhoïde.
- LEGÈNE. — *Société anatomique de Paris*, 2 février 1912. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel fixé à l'ombilic.
- LEJARS. — *La Semaine Médicale*, n° 5, 2 février 1910. Diverticule de Meckel et rétrécissement de l'intestin.
- MAÏZEL. — *Société de Pédiatrie de Moscou*, 13 mai 1909. Cas d'occlusion intestinale, chez un enfant de 8 ans, causée par un diverticule de Meckel.

- MAKINS. — *The Lancet*, n° 4513, 26 février 1910. On unusual case of obstruction of the small intestine caused by a Meckel's diverticulum.
- MAUCLAIRE et DOUAY. — *Archives générales de Chirurgie*, n° 12, 25 décembre 1909. Diverticulite et appendicite concomitantes.
- MICHEL et BONNAL. — *Marseille Médical*, t. LI, n° 9, 1^{er} mai 1914. Etranglement intestinal par diverticule de Meckel.
- MICHEL et DRIOUT. — *Revue Médicale de l'Est* 1908, t. XL, n° 25. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- MINKA. — *Practitchesky Vrach* (St-Petersbourg), t. XII, n° 51, 22 décembre 1914. Un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- NAVRATIL. — *Cercle des médecins tchèques de Brünn*, 16 mars 1911. Péritonite et étranglement de la partie inférieure de l'iléon par diverticule de Meckel.
- NICOLL. — *Société médico-chirurgicale de Glasgow*, 18 janvier 1912. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
- OPPOKOFF. — *Roussky Vrach*, n° 48, 28 novembre 1911. Trois cas d'étranglement de l'intestin grêle par diverticule de Meckel.
- ORTALI. — *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche* (Milan), t. XXXIV, n° 98, 17 août 1913. Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.
- RIVES. — *Montpellier Médical*, n° 14, 5 avril 1918. Notes sur deux nouveaux cas de diverticule de Meckel.
- RUGE. — *Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, 8 février 1909. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

STOCKES. — *The Lancet*, n° 4426, 21 juin 1908. Note on a case of Strangulated Meckel's Diverticulum in a right inguinal hernia.

VAUGHAN. — *The American Journal of Obstetric and diseases of women and children*, t. LIX, n° 5, mai 1909. Meckel's Diverticulum and others bands as causes of ileus. Report of four cases.

VERHOOGEN. — *Société belge de chirurgie*, 18 décembre 1909. Fièvre typhoïde, obstruction intestinale due au diverticule de Meckel et prise pour une perforation.

VILLARD et SANSY. — *Société des sciences médicales de Lyon*, 12 février 1913. Occlusion intestinale aiguë, causée par un diverticule de Meckel.

VILLEMIN. — *Société de chirurgie de Paris*, 2 juin 1909. Un cas d'auto étranglement du diverticule de Meckel.

Nota. — Pour la bibliographie antérieure à 1908, se rapporter à « l'étude anatomique du Diverticule de Meckel » par Forgue et Riche. O. Doin, éditeur.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 1er mars 1921
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 1er mars 1921.
Le Doyen :
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
